






この用紙を
FAXで
お送りください!

健康診断申込書

令和8年 月 日

人数	氏名 (フリガナ)	年齢	性別	希望の方は「○」記入				希望時間 (どちらかに○を記入) 男性のみ選択
				検便 	骨密度 	前立腺  <small>(男性の方のみ お選び下さい)</small>	眼底検査 	
①			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
②			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
③			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
④			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
⑤			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
⑥			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
⑦			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
⑧			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
⑨			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
⑩			男・女	名	名	名	名	① 8:50～10:30 ② 11:30～12:00
人数				名	名	名	名	—

事業所名			
事業所住所	〒		
電話番号	FAX番号		

■検診料	項目	料金	単位	計算	単位
	 一般検診	14,000円	×	名	= 円
	 検便	1,000円	×	名	= 円
	 骨密度	2,600円	×	名	= 円
	 前立腺 (男性のみ)	2,500円	×	名	= 円
	 眼底検査	2,500円	×	名	= 円
	計				円



検診申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、検診に関するご連絡、検診時の本人確認、検診結果の送付等検診事業に関わる目的にのみ使用いたします。

お問い合わせ先 むつ商工会議所 経営支援課 高野・佐々木

☎ 22-2283 FAX 22-0167

主催

むつ商工会議所
むつ青色申告会